



Santé & Diagnostic

71 200
nouveaux cas
en 2011

8 700
décès par an,
le cancer de
la prostate est
le plus fréquent
chez l'homme

ma prostate va bien

Grosse prostate a priori sans gravité ou cancer, **il s'agit de dépister à temps ce qui doit être soigné rapidement.** Quand faut-il se faire dépister ? Les clés pour une décision éclairée.

à lire



LES TRAITEMENTS DU CANCER DE LA PROSTATE
Un guide de référence
Cancer info, téléchargeable sur le site de l'Institut national du cancer
www.e-cancer.fr

Située sous la vessie, la prostate est formée de petites glandes sécrétant le liquide séminal qui, avec les spermatozoïdes fabriqués par les testicules, constitue le sperme. La prostate entoure l'urètre, le conduit qui véhicule les urines vers la sortie... Petite à la naissance, elle atteint son volume de croisière à l'âge adulte, puis grossit au fil des ans à partir de 45 ans, sans qu'on sache bien pourquoi. Peut-être en raison de la testostérone ? Cette hypertrophie de la prostate, ou

adénome est normale avec l'âge. Elle est bénigne, sans gravité jusqu'à un certain volume, mais parfois gênante. On urine plus souvent, y compris la nuit, on perd quelques gouttes retardataires, on force pour uriner... En cas de mictions nocturnes ou de difficultés à l'émission d'urine, mieux vaut consulter son médecin traitant ou un urologue. Il existe des médicaments qui améliorent les symptômes, voire réduisent le volume de la glande prostatique ; la chirurgie, par les voies naturelles, pour enlever la

partie obstructive de la prostate, n'est indiquée qu'en cas de résultat insuffisant. C'est de plus l'occasion de dépister un éventuel cancer à son début, par une prise de sang et un toucher rectal, lequel est irremplaçable, à pratiquer annuellement à partir de 50 ans. Ces deux maladies, cancer (silencieux jusqu'à un point tardif de son évolution) et hypertrophie bénigne de la prostate (bruyante parce que gênante), sont suffisamment fréquentes pour que l'on puisse souffrir des deux à la fois...

Dépister en évaluant les risques

1 Le dosage du PSA

Le dosage du PSA (antigène spécifique prostatique) est facile à faire, les hommes s'y soumettent volontiers. Pourtant ce dépistage ne doit pas être systématique, car l'on sait encore mal ce qu'il convient de faire de certains cancers de faible risque ayant été découverts sur un dosage de PSA.

2 Une progression lente

Ce cancer progresse en principe à petite vitesse et tous les hommes en développeront un s'ils vivent au-delà de 80 ans. Un dépistage organisé, systématique, pour tous les hommes, par un dosage du PSA (tous les un à deux ans selon le PSA initial) et le toucher rectal, de 50 à 75 ans, n'est en tout cas pas à l'ordre du jour, faute d'études suffisamment robustes qui prouvent son efficacité, en termes de vies sauvées, y compris chez les hommes à risque.

3 Évaluer les risques

Le médecin doit donc proposer à son patient un dosage du PSA dans un objectif de dépistage en tenant compte de ce qu'il sait de lui, de son âge, de son histoire familiale (a-t-il un père ou un fils, des proches au premier degré atteints), de son origine, africaine ou antillaise et de son exposition éventuelle à divers facteurs de risque environnementaux comme certains pesticides. Mais il est impossible aujourd'hui de dire comment ces différents facteurs interagissent, s'ils se cumulent ou non, et donc de mesurer un niveau de risque de survenue de ce cancer.

4 Traiter ou pas

Autre interrogation qui fait parfois surseoir au traitement, le degré d'agressivité de ce cancer, établi après une biopsie de la glande et en fonction de différents tests. Le traitement de référence, c'est-à-dire enlever la prostate, peut provoquer des ennuis urinaires (certes rapidement réversibles dans la plupart des cas) et de grosses pannes sexuelles. Alors la question se pose, opérer, au prix d'effets très indésirables, ou ne pas opérer ?

5 En fonction de l'âge

Après 75 ans, le dépistage systématisé n'a pas d'intérêt parce que même si l'on découvre un cancer, ce qui est le cas seulement une fois sur quatre quand on a constaté un taux de PSA élevé, son évolution est suffisamment lente pour que l'on puisse intervenir secondairement, par une opération chirurgicale, voire des médicaments (hormones) qui permettent de contrôler la maladie. On a toutes les chances alors de mourir de sa belle mort ou d'un tout autre problème de santé...

BRIGITTE BLOND

À éviter

► **Tout attribuer au cancer.** Produit par la prostate uniquement, le PSA est variable d'un individu à l'autre et peut s'élever dans d'autres circonstances que le cancer: infection, hypertrophie bénigne par exemple. Il reflète bien une anomalie prostatique, mais n'est pas spécifique d'un cancer; un résultat brut doit être interprété et pour cela associé au toucher rectal pour apprécier le volume et la consistance de la glande.

► **Négliger les progrès médicaux.** Ce dépistage pourrait être affiné dans les années à venir par un autre marqueur, spécifiquement de cancer cette fois, le PCA3. Il permettrait de mieux sélectionner les hommes à qui des biopsies seraient utiles, le diagnostic étant toujours confirmé par des biopsies.

► **L'échographie.** Elle est inutile car elle ne fait pas la différence entre un tissu sain et un tissu pathologique.

à lire



TOUCHE PAS À MA PROSTATE
Ralph Blum
et Dr Mark Scholz, éditions
Thierry Souccar
2012, 23,99 €.

LES CHIFFRES
40 % des hommes de 40 ans ont une grosse prostate, 80 % des hommes de 80 ans.



AVIS D'EXPERT

Dr Xavier Rébillard

Urologue à Montpellier, secrétaire général adjoint de l'Association française d'urologie.

« Dépister un cancer ne veut pas dire forcément l'opérer !

Une fois le cancer dépisté, on n'est pas obligé d'intervenir, on peut le surveiller activement pour opérer au bon moment et attendre, avec l'accord du patient bien sûr, à qui cette démarche et les autres options de traitement sont précisément expliquées, si la lésion est manifestement localisée, de petit volume, le PSA modérément élevé, les cellules peu agressives, etc. On réévalue ces critères 6 mois après le diagnostic, sur un nouveau PSA et de nouvelles biopsies, puis tous les ans, suivant un protocole identique d'un centre à l'autre. Entre la surveillance active et la *prostatectomie*, où l'on enlève la prostate, la référence, ou la radiothérapie, on peut proposer un traitement focal, ciblé, qui brûle les tissus tout en continuant à surveiller activement la région indemne. Un moyen terme qui rassure et permet de limiter les effets secondaires d'une intervention plus radicale.